

ния), волевых (решительность, упорство, настойчивость), мотивационных (виды экономической мотивации) и др.

При этом стоит разделять роль эмпирических (включая обыденно-практические знания, умения, навыки и т.д.) и теоретических составляющих экономического сознания и поведения личности.

В частности, огромную роль в формировании экономического сознания личности играют представления о материальном благополучии, о целях, способах и средствах его достижения, о допустимых и недопустимых (желательных/нежелательных) механизмах реализации своих материальных потребностей, о социальном неравенстве, его причинах и возможности/невозможности легитимации и т.д. Изучение названных компонентов наиболее отчетливо можно проследить в рамках аксиологического подхода, выявляющего ценности индивидуально- и надындивидуального (культурного) уровня, представленного в сознании личности.

Тем не менее, сегодня значительную роль в изучении механизмов формирования экономического сознания и поведения личности играет собственно экономический подход, усматривающий в личности абстрактного «экономического человека» (Беккер Г., Стиглер Дж. и др.). Данный подход представляет личность узко, рассматривая ее сквозь призму таких характеристик, как рациональность, эгоизм, максимизация прибыли, минимизация издержек и т.д., поэтому на сегодняшний день он не может рассматриваться как адекватный пониманию феномена экономической социализации личности. В связи с чем очевидно проявляется потребность в преодолении «экономического империализма» при решении проблем экономического поведения и экономического сознания личности, расширении психологических представлений о названных феноменах. Благодаря раскрытию психологических закономерностей развития процесса экономической социализации можно будет вывить различия и противоречия между теоретическими моделями экономического поведения и реальным поведением хозяйствующего субъекта на разных этапах его жизненного пути.

**Хисамова Р.И., Федоренко М.В.**

### **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ ЛИЧНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЯМИ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ**

В настоящее время инвалидность остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем, стоящих перед обществом.

По изучению качества жизни протезированных пациентов в России и за рубежом имеются лишь единичные публикации [Pezzin L.E. 2000: 292-300]. Также в России обширно не проводились исследования по изучению индивидуально-психологических личностных свойств и эмоциональных состояний у инвалидов после ампутации конечностей.

Начиная с 90-х гг., проблему защиты прав и интересов людей с ограниченными возможностями все чаще рассматривают с позиции оценки их качества жизни [Аухадеев Э.И., 2007,1: 5-9]. В последние годы в реабилитацию введено понятие

«качество жизни, связанное со здоровьем» (health – related quality of life) [International Classification of Functioning, 2001].

Определение понятия «качество жизни» логично и структурно связано с дефиницией здоровья, данной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье - это полное физическое, социальное и психологическое благополучие человека, а не просто отсутствие заболевания [Новик А.А., ИONOва Т.И. 2007: 18]

Объектом исследования являлись инвалиды с нарушениями структуры и функций конечностей, обратившиеся для протезирования в Казанский протезно-ортопедический центр – жители Республики Татарстан, и некоторых других регионов России. Методом случайной выборки по мере обращения инвалидов в центр было проведено исследование в возрасте от 18 до 66 лет. Эти инвалиды после ампутации верхних, в основном нижних конечностей вследствие травмы, среди них 267 (83,3%) мужчин и 51 (16,7%) женщин (в том числе с врожденными аномалиями развития верхних и нижних конечностей).

Испытуемые были разделены на 5 возрастных групп: от 19 до 29 лет, от 30 до 39 лет, от 40 до 49 лет, от 50 до 59 лет и старше 60 лет.

Цель исследования - выявление качества жизни, характерологических особенностей и эмоционального статуса у инвалидов с нарушениями структуры и функций конечностей.

Материалы и методы исследования. Эмпирические данные были получены при помощи методов опроса, анкетирования и тестирования. Анализировались следующие характеристики:

1) качество жизни пациента, оцениваемое с помощью международного опросника SF-36, адаптированного к использованию в Российской Федерации;

2) уровень тревожности (ситуативной тревожности как состояния и личностной тревожности как устойчивой характеристики человека), измеренный по шкале реактивной (ситуативной) и личностной тревожности (разработана Ч.Д. Спилбергером, адаптирована Ю.Л. Ханиным);

3) уровень депрессии (тест Бека);

4) характерологические особенности пациента, диагностированные с помощью методики акцентуаций характера К. Леонгарда (тест Шмишека).

Количественная обработка полученных данных проводилась при помощи прикладного пакета Microsoft Excel и программы STATISTICA 7.0 (расчет средних данных, корреляционный анализ, критерии достоверности отличий).

По результатам корреляционного анализа в возрастном аспекте можно сделать следующие выводы:

В возрастной группе от 19 до 29 лет (34 человека) наиболее связаны с параметрами качества жизни ситуативная тревожность и акцентуации характера по демонстративному и педантичному типам. Физический дефект и связанные с ним ограничения являются для людей молодого возраста постоянным источником ситуативной тревожности. Это, в свою очередь, вызывает действие психологических защитных механизмов, которые компенсируют тревогу и способствуют развитию педантичной и демонстративной личности, а также ведут к снижению эмоциональной чувствительности.

В возрастной группе от 30 до 39 лет (37 человек) нарастает влияние ограничений, вызванных ампутацией, на формирование депрессии. В качестве компенсаторного поведения здесь наблюдаются акцентуации характера по демонстративному типу. Снижение эмоциональной чувствительности в ответ на болевой синдром, характерное для пациентов 19 – 29 лет, в возрастном диапазоне 30 – 39 лет сменяется гиперактивными реакциями; нарастает ощущение психологического дискомфорта.

В возрасте 40 – 49 лет (106 человек) усиливается взаимосвязь эмоциональных и личностных особенностей пациентов с характеристиками качества жизни. Эмоциональное, физическое или психическое неблагополучие влияют на характер и могут приводить к его деформации в направлении педантичных и тревожных черт. В данном возрасте особенное значение приобретает социальная активность. Не связанными с личностными особенностями, тревожностью и депрессией оказываются ограничения физической активности, вызванные состоянием здоровья. В то же время возрастает влияние депрессии на качество жизни и личность пациента.

В возрасте 50 – 59 лет (80 человек) наиболее влиятельной оказывается триада признаков «ситуативная, личностная тревожность и депрессия». Воздействие депрессивных тенденций нарастает и напоминает «порочный круг»: с одной стороны, депрессия снижает качество жизни пациента и ведет к деформации личности, а с другой – низкий уровень качества жизни, тревожность, физическое и психическое неблагополучие усиливают депрессивные тенденции. Так же в этом возрасте многовероятно акцентуированное развитие личности по педантичному типу.

В возрасте старше 60 лет (19 человек) качество жизни все также сильно связано с психоэмоциональными состояниями пациента, особенно с ситуативной тревожностью. Влияние депрессивных тенденций по сравнению с предыдущей возрастной группой ослабевает, но становятся более выраженными характерологические изменения в направлении большей лабильности, циклотимии, педантичности, застреманности и экзальтированности.

Вывод. На основе данного исследования можно обоснованно утверждать, что разные возрастные группы инвалидов, перенесших ампутацию конечности, нуждаются в индивидуальных специализированных программах реабилитации, учитывающих взаимосвязь эмоциональных, индивидуально – психологических особенностей личности и характеристик качества жизни.

#### Литература:

1. Аухадеев Э.И. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, рекомендованная ВОЗ, - новый этап в развитии реабилитологии // Казанский мед ж. – 2007. - №1. – С. 5 – 9.

2. Новик А.А, Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – с. 18

3. International Classification of Functioning, Disability and Health/ - Geneva, 2001.

4. Pezzin L.E. Rehabilitation and the long-term outcomes of persons with trauma-related amputation / L.E.Pezzin, T.R.Dillingham, E.J.MacKenzie // Arch Phys Med Rehabil. – 2000. - №81. – P.292-300.